Deutscher Bundestag
8. Wahlperiode

Drucksache 8/874

02. 09. 77

Sachgebiet 212

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Reimers, Burger, Frau Dr. Neumeister, Dr. Hammans, Dr. Becker (Frankfurt), Würzbach, Geisenhofer, Dr. Hüsch, Prinz zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, Frau Geier, Frau Karwatzki, Hoffacker, Höpfinger und Genossen und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 8/802 –

Säuglings- und Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland

Der Staatssekretär im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit – 014/341 – KA 8/26 – hat mit Schreiben vom 26. August 1977 die Kleine Anfrage namens der Bundesregierung wie folgt beantwortet:

1. Welche Daten liegen der Bundesregierung über die Entwicklung der Säuglings- und Müttersterblichkeit in den letzten Jahren vor?

Die Säuglings- und Müttersterblichkeit hat sich in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970 wie folgt entwickelt:

	Säuglingssterblichkeit 1) je 1000 Lebendgeborene	Müttersterblichkeit je 100 000 Lebendgeborene
1970	23,4	51,8
1971	23,1	50,5
1972	22,4	42,7
1973	22,7	45,9
1974	21,1	34,0
1975	19,7	39,5
1976 2)	17,4	36,3

1) Gestorbene im ersten Lebensjahr unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung in den vorangegangenen zwölf Monaten?
2) Vorläufiges Ergebnis

Druck: Thenée Druck KG, 53 Bonn, Tel.: (02221) 23 19 67
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg 1, Postfach 821, Goethestr. 56, Tel. (02221) 36 35 51

2. Wie sieht die Bundesregierung heute die Position der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich der europäischen Nachbarländer?

Die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland lag auch 1974 im Vergleich von 23 europäischen Ländern an 14. Stelle, nahm also eine Mittelstellung ein. Ungünstigere Ziffern hatten z. B. Italien, Österreich, Griechenland, Bulgarien, Ungarn und Portugal (37,9). Die nordischen Länder, darunter insbesondere Schweden (9,5), nehmen seit längerem die günstigsten Positionen ein. Auch die Niederlande, Frankreich, Großbritannien und die Deutsche Demokratische Republik liegen in der Säuglingssterblichkeit niedriger als die Bundesrepublik Deutschland.

Hinsichtlich der Müttersterblichkeit nimmt die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich mit europäischen Nachbarländern noch eine sehr ungünstige Position ein. Eine noch höhere Müttersterblichkeit als die Bundesrepublik Deutschland hatten 1974 z. B. Ungarn, Portugal und Rumänien.

3. Ist die Bundesregierung nach wie vor der in der Beantwortung der Großen Anfrage der CDU/CSU-Fraktion zur Situation des Gesundheitswesens (Drucksache 7/3322) geäußerten Meinung, daß bei uns in der Säuglings- und Müttersterblichkeit „noch nicht der Stand erreicht ist, der nach den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und den in der Praxis bereits gegebenen Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge wie der gesundheitlichen Versorgung erreichbar sein könnte"?

Obwohl die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren erkennbar zurückgegangen ist, bleibt dennoch die grundsätzliche Auffassung bestehen, daß in der Bundesrepublik Deutschland immer noch nicht der Stand erreicht ist, der erreichbar sein könnte.

4. Welche konkreten Maßnahmen haben Bund und Länder in den vergangenen Jahren ergriffen, um die Säuglings- und Müttersterblichkeit zu vermindern?

Die wesentlichsten Aktivitäten von Bund und Ländern mit dem Ziel einer Verminderung der Säuglings- und Müttersterblichkeit sind mit den Forderungen des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz des Bundes und der Länder am 14./15. Mai 1975 in Boppard identisch und werden daher in der Antwort zu Frage 9 aufgezählt.

An zusätzlichen Maßnahmen ist hier zu erwähnen, daß in allen Bundesländern an einer Intensivierung und Institutionalisierung der genetischen Beratung gearbeitet wird. Zur Vorbereitung dazu wurden vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit in der Zeit von 1971 bis 1976 zwei genetische Modellberatungsstellen (in Marburg und in Frankfurt) entwickelt und mit insgesamt 1 067 000 DM gefördert.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der flankierenden Maßnahmen zur Reform der strafrechtlichen Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch durch das Bundesministerium für Jugend,

Familie und Gesundheit auch ein Modellprogramm zum Ausbau der sozialen Beratungsdienste entwickelt.

Z. Z. werden vom Bund 54 Modellberatungsstellen gefördert, die insbesondere Schwangerschaftskonfliktberatung einschließlich der Vermittlung genetischer Beratung sowie Familienplanungsberatung wahrnehmen. Ferner fördert der Bund die Weiterbildung des Beratungspersonals, u. a. auch die Weiterbildung von Ärzten, im Bereich genetischer Beratungstätigkeit. Insgesamt gibt es in der Bundesrepublik 788 anerkannte Stellen für die soziale Beratung im Zusammenhang mit Schwangerschaftskonflikten.

5. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, daß bei einem Wegfall der den Hebammen vorbehaltenen Tätigkeiten weniger qualifiziertes Personal bei der Geburtenhilfe eingesetzt wird mit den damit für die Säuglings- und Müttersterblichkeit verbundenen negativen Auswirkungen insbesondere im Hinblick auf die steigende Zahl der Risikogeburten?

Im Rahmen der anstehenden Neuordnung des Hebammenrechts prüft die Bundesregierung auch die Frage, ob auf eine Regelung über vorbehaltene Tätigkeiten der Hebammen verzichtet werden kann. Maßgebend dabei ist die Überlegung, daß Geburtshilfe weitaus überwiegend in Krankenhäusern geleistet wird, in denen sowohl Ärzte als auch Hebammen hierfür zur Verfügung stehen und es deshalb einer solchen Regelung nicht bedarf. Die Praxis zeigt, daß es schwierig ist, die Einhaltung von Regelungen über vorbehaltene Tätigkeiten zu überwachen.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß auch bei einem Verzicht auf vorbehaltene Tätigkeiten nicht weniger qualifiziertes Personal, sondern die in der Geburtshilfe fachlich geschulten und entsprechend ausgebildeten Kräfte eingesetzt werden und die angedeutete Gefahr deshalb nicht besteht.

6. Wie hat sich die Teilnahme der werdenden Mütter an den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und der Kinder an den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen entwickelt?

Nach der Statistik der gesetzlichen Krankenkassen wurden bei werdenden Müttern folgende ärztliche Vorsorgeuntersuchungen vorgenommen

im Jahre 1973	626 753,
im Jahre 1974	631 272,
im Jahre 1975	610 409.

Gerechnet auf 100 Fälle von Mutterschaftshilfe der Krankenkassen waren das

für 1973	104,7 Untersuchungen,
für 1974	106,0 Untersuchungen,
für 1975	108,8 Untersuchungen.

Bei der Bewertung der Zahlen ist zu bedenken, daß Fälle von Fehlgeburten und Schwangerschaftsunterbrechungen, bei denen vorher Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden, nicht in

die Zahl der Mutterschaftshilfefälle eingehen; dagegen werden die in diesen Fällen vorgenommenen Vorsorgeuntersuchungen in der Statistik erfaßt.

Die statistischen Ergebnisse der Krankenkassen sagen bisher nichts darüber aus, wie häufig und in welchem Umfang schwangere Frauen das Programm der Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Um hierüber weitergehende Aufschlüsse zu erhalten, wird der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung prüfen, in welchem Umfang künftig Auswertungen der (quartalweise abzurechnenden) Mutterschaftsvorsorgescheine durchzuführen sind und wieweit auf diese Weise auch Aussagen über Art und Umfang der ärztlichen Verrichtungen bei der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung zu erwarten sind.

Bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Früherkennungsuntersuchung für Kinder hat sich in der gesetzlichen Krankenversicherung von 1972 bis 1975 eine Steigerung um 14,59 v. H., von 53,55 v. H. auf 68,14 v. H. ergeben. Die ersten fünf Früherkennungsuntersuchungen wurden im Durchschnitt 1972 von 61,67 v. H., 1974 von 69,5 v. H. der in den Allgemeinen Ortskrankenkassen versicherten Kinder in Anspruch genommen. Bei diesen Zahlen ist allerdings zu berücksichtigen, daß die ersten beiden Untersuchungen (U 1 und U 2) in der Regel noch während des Klinikaufenthaltes der Neugeborenen – und damit unabhängig von der Initiative der Eltern – in fast 100 v. H. aller Fälle durchgeführt werden.

Die Beteiligungsquote an den letzten beiden Untersuchungen, U 6 und U 7, ist immer noch unbefriedigend, obgleich auch hier bei den in den Allgemeinen Ortskrankenkassen versicherten Kindern von 1972 bis 1974 eine Steigerung um 17,13 v. H., von 16,79 v. H. auf 33,92 v. H., erreicht werden konnte. Das bedeutet, daß fast zwei Drittel der Eltern von Kindern im Alter zwischen 2 und 4 Jahren ihre Kinder nicht zur Früherkennungsuntersuchung bringen.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß durch eine Intensivierung der Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und der Bemühungen von Krankenkassen und Ärzten eine weitere Steigerung der Inanspruchnahme der Untersuchungen erwartet werden kann.

7. Wie beurteilt die Bundesregierung den Einfluß des Alkohol-, Nikotin- und Koffeingenusses auf die Säuglings- und Müttersterblichkeit?

Wegen der relativ geringen Anzahl von Müttersterblichkeitsfällen in den Einzelursachenfeldern, lassen sich statistisch sichere Zusammenhänge des Einflusses von Alkohol-, Nikotin- und Koffeingenuß im einzelnen nicht belegen; lediglich für die Gruppe, bei der durch übermäßigen Konsum alkoholischer Getränke oder durch starkes Rauchen bereits eine organische Vorschädigung eingetreten ist, darf angenommen werden, daß sich diese während der Schwangerschaft verstärkt, wenn die Miß-

brauchsgewohnheiten beibehalten werden und dann auch in der Folge das Leben der Mutter durch die organisch stärkere Belastung ihres Körpers in Gefahr bringen.

Ein statistisch gesicherter Zusammenhang besteht zwischen Rauchen und einem Untergewicht der Kinder dieser Frauen von durchschnittlich 200 Gramm; Gewicht bei Neugeborenen ist als Reifezeichen zu werten, und deshalb ist bei diesen Kindern die perinatale und die Säuglingssterblichkeit erhöht. Da der Anteil untergewichtig geborener Kinder allgemein ansteigt, läßt sich nicht sagen, in welchem Umfange Rauchen Einfluß nimmt auf die insgesamt festzustellende Höhe der Säuglingssterblichkeit.

Man weiß seit einiger Zeit, daß starke Trinkerinnen, die auch während der Schwangerschaft Alkoholmißbrauch getrieben haben, in einem hohen Anteil mißgebildete Kinder mit einer sog. Alkoholembryopathie bekommen. Diese Kinder haben eine erhöhte perinatale Sterblichkeit. Über die spätere Entwicklung und das Lebensschicksal solcher Kinder ist bislang wenig bekannt. In letzter Zeit scheinen sich Beobachtungen zu bestätigen, daß auch ein geringerer Alkoholkonsum während der Frühschwangerschaft – teilweise in der Zeit, da die Schwangerschaft noch gar nicht bekannt war – zu gleichen Fruchtschädigungen führen kann. Deshalb sollten Frauen, die sich ein Kind wünschen, auf täglichen Alkoholkonsum auch in kleinen Mengen verzichten. Eine vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit vergebene Expertise schätzt die Anzahl der jährlich mit Alkoholembryopathie geborenen Kinder auf etwa 1000. Aus den Erkenntnissen epidemiologischer Untersuchungen deutet sich an, daß dieser Anteil mißgebildeter Kinder möglicherweise eine obere Grenze von 2000 pro Jahr erreichen kann.

Dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit liegen keine Unterlagen vor, aus denen sich hinlänglich sicher ergibt, daß Kaffeegenuß einen Einfluß hat auf die Säuglings- und Müttersterblichkeit.

8. Was ist in den letzten Jahren geschehen, um die klinische Versorgung von Müttern und Kindern zu verbessern?

Die innere Struktur der klinischen Einrichtungen gehört in den Kompetenzbereich der Länder.

Die Bundesregierung ist bemüht, die Länder bei der Entwicklung von Maßnahmen zu unterstützen, die dazu geeignet sind, die Leistungsfähigkeit geburtshilflicher und pädiatrischer Kliniken zu verbessern. Im Vordergrund der Bemühungen steht dabei die sorgfältige Analyse der Faktoren, die zu der derzeit unbefriedigenden Situation beitragen.

Die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder hat sich in einer Arbeitsgruppe ausführlich mit der zukünftigen Krankenhauszielplanung befaßt, die sich ihrer Auffassung nach auch stärker als bisher an den modernen Anforderungen der klinischen Geburtshilfe und Versorgung der Neu-

geborenen orientieren sollte. Sie ist der Meinung, daß möglicherweise tiefgreifende Verbesserungen im Sinne einer weitaus stärkeren Konzentration der stationären Geburtshilfe und Pädiatrie einen wesentlichen Beitrag zur Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit leisten könnten; die Einzelheiten bedürfen jedoch der weiteren Abklärung.

Um die notwendigen Entscheidungsgrundlagen sobald wie möglich zur Verfügung stellen zu können, wird das Forschungsprojekt „Geburtenverlauf und frühkindliche Entwicklung im Hinblick auf eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit geburtshilflicher und pädiatrischer Kliniken" durchgeführt, das eine bereits abgeschlossene Strukturerhebung des Leistungsspektrums geburtshilflicher Kliniken durch 4000 Falluntersuchungen in einem repräsentativen Querschnitt geburtshilflicher Kliniken ergänzen soll. Die Ergebnisse, die bereits ab Mitte 1978 bis 1980 zur Verfügung stehen, könnten die zukünftigen Krankenhauszielplanungen im Bereich der Geburtshilfe und Pädiatrie entscheidend beeinflussen.

Bund und Länder führen darüber hinaus eine Reihe weiterer Forschungsvorhaben durch, die eine Verbesserung der klinischen Geburtshilfe und der Intensivversorgung von Risikoneugeborenen zum Ziel haben.

Die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin hat Empfehlungen zur räumlichen Einrichtung technischer Ausstattung und personellen Besetzung geburtshilflicher Abteilungen von Krankenanstalten veröffentlicht. Nach vorliegenden Erfahrungen gelten diese Empfehlungen als Richtziele.

9. Inwieweit sind die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz des Bundes und der Länder am 14./15. Mai 1975 in Boppard verwirklicht worden?

Der Beschluß der o. g. Gesundheitsministerkonferenz vom Mai 1975 führte beim Bund und in den Ländern zu folgenden Aktivitäten:

Die Forderung, in jedem Bundesland in Verhandlungen mit Ärzten aus Klinik und Praxis zu prüfen, wieweit die Einzelfallanalyse der Sterbefälle verwirklicht werden kann, ist – allerdings mit unterschiedlicher Intensität – überall erfüllt worden. In diesem Zusammenhang ist es in Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz zur Einleitung bzw. Durchführung spezieller Forschungsvorhaben gekommen, die im folgenden noch einzeln aufgeführt werden.

Die Verfeinerung der statistischen Aufbereitung des anfallenden Datenmaterials wird vorbereitet. Aus der jährlichen amtlichen Todesursachenstatistik stehen außer den Todesursachen u. a. auch Angaben über Körpergewicht und Körperlänge der gestorbenen Säuglinge zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit den Ländern führt das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eine Studie durch, in der außer den vorgenannten Merkmalen bei den im Jahre 1973 gestorbenen Säuglingen auch weitere Merkmale wie Alter der Mütter, Geburtenfolge

und Geburtenabstand der gestorbenen Säuglinge ausgewertet wurden. Das Statistische Bundesamt nimmt die Analyse und Interpretation der Ergebnisse dieser Studie vor. Diese Auswertungsarbeiten sind noch nicht abgeschlossen.

Die laufende Aufklärung der Ärzteschaft über die Problematik der Mütter- und Säuglingssterblichkeit in unserem Land (s. u.) hat u. a. auch eine verbesserte Dokumentation des Geburtsereignisses zum Ziel. Es kann davon ausgegangen werden, daß vor allem bei den beteiligten Gynäkologen und Allgemeinpraktikern das Problembewußtsein sowie die Einsicht in die Notwendigkeit dieser Maßnahme gesteigert wurde.

Zu den im Beschluß als förderungswürdig bezeichneten Forschungszielen im einzelnen ist folgendes zu sagen:

1. Über die Inanspruchnahme des Angebotes und über Art und Intensität von Vorsorgeuntersuchungen in Schwangerschaft und Kindheit laufen z. Z. drei Forschungsvorhaben

   a) K. W. Tietze, Bundesgesundheitsamt Berlin:

      „Soziale Bedingungen der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge" (Gesamtbedarf 300 000 DM, Abschluß Ende 1978),

   b) E. Schmidt, Universitätsklinik Düsseldorf:

      „Ursachen der hohen Nachsterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland anhand einer Einzelfallanalyse im Raume Düsseldorf" (Gesamtbedarf 90 000 DM, Abschluß Ende 1977),

   c) Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Rheinland-Pfalz:

      „Einzelfallanalysen und Totgeborene im Regierungsbezirk Trier" (Gesamtbedarf 200 000 DM, Abschluß Ende 1977),

   die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit bzw. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung finanziert werden.

2. Über die Hintergründe der unterschiedlich hohen Mütter- und Säuglingssterbeziffern in den Bundesländern wird die in den Ausführungen zum zweiten Absatz des Beschlusses (s. o.) genannte Studie Auskunft geben.

3. Das Statistische Bundesamt hat es übernommen, in den Ländern Frankreich, Großbritannien, Luxemburg, Österreich, Niederlande, Schweden und der Schweiz Untersuchungen über den Einfluß unterschiedlicher Definitionen von Lebendgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt auf die Mütter- und Säuglingssterbeziffern in Europa durchzuführen.

4. Diese Untersuchungen erstrecken sich auch auf die Unterschiede im Meldeverfahren von Geburts- und Sterbefällen zur Erklärung unterschiedlich hoher Sterbeziffern in Europa.

5. Auf die Beziehungen zwischen Mortalität und Morbidität zur Klärung der Frage, wieweit hohe Sterbeziffern Rückschlüsse auf hohe oder niedrige Morbiditätsziffern zulassen, geht das in der Antwort auf Frage 8 bereits erwähnte For-

schungsvorhaben „Geburtenverlauf und frühkindliche Entwicklung im Hinblick auf eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit geburtshilflicher und pädiatrischer Kliniken", durchgeführt von der Infratest Gesundheitsforschung GmbH, ein, das mit einem Kostenaufwand von rd. 2,4 Mio DM durchgeführt wird und dessen 1. Stufe, die Strukturerhebung des Leistungsspektrums geburtshilflicher Kliniken, in den Jahren 1976 – 1977 bereits vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit mit 170 000 DM gefördert wurde.

6. Über Umfang, Bedeutung und Faktoren der Mütter- und Säuglingssterblichkeit unter Berücksichtigung der Risikofaktoren, die durch gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen zu beeinflussen sind, werden berichten

   — die u. a. vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln, geförderte „Münchener Perinertal-Studie 1975" (z. Z. im Druck) und

   — die von der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg durchgeführte „Analyse der Mütter- und Säuglingssterblichkeit im Stadtstaat Hamburg" (Abschluß 1978), die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit mit 195 000 DM gefördert wird.

   In diesem Zusammenhang kann auch auf die Empfehlungen zur Betreuung von Risiko-Neugeborenen im Sinne der Intensivpflege hingewiesen werden, die von der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde entwickelt wurden.

7. Untersuchungen aller Schwangerschaftsverläufe in bestimmten soziologisch unterschiedlich strukturierten Gebieten, hat das von J. S. Rohde, Medizinische Hochschule Hannover, durchgeführte Forschungsvorhaben „Medizinisch-soziologische Untersuchungen zur Erklärung der hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeit und zur Entwicklung von Möglichkeiten ihrer Verringerung" (Abschluß Ende 1978) zum Ziel, die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit mit 423 600 DM gefördert wird.

8. Auf die Bedingungen, unter denen die Geburtshilfe in bestimmten Untersuchungsgebieten abläuft, wird das zu Punkt 1 a) genannte Forschungsvorhaben eingehen.

9. Über die Häufigkeit von Früh- und Mangelgeburten berichtet L. Leutner vom Statistischen Bundesamt in „Lebend- und Totgeborene sowie gestorbene Säuglinge 1972 und 1973 nach Körperlänge und -gewicht bei der Geburt" in „Wirtschaft und Statistik" 1976, S. 25 bis 32.

Zu der im „Beschluß" geforderten Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung kann zunächst auf den im Sommer 1976 getroffenen Beschluß der Kultusministerkonferenz hingewiesen werden, die Gesundheitserziehung in den Schulen einen „ihrer Bedeutung angemessenen Stellenwert" zukommen zu lassen. Des weiteren kann davon ausgegangen wer-

den, daß auch in den Volkshochschulen, Landeseinrichtungen für Gesundheitserziehung und anderen Stellen die einschlägige Thematik in den letzten Jahren verstärkt aufgegriffen wurde, nicht zuletzt deshalb, weil auch die öffentlichen Medien immer wieder darüber berichten.

Zu den von der Gesundheitsministerkonferenz im einzelnen als erforderlich bezeichneten Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung kann folgendes festgestellt werden:

a) Zu der Frage, wieweit Mütterpässe und Untersuchungshefte für Kinder mehr als bisher zu Informationsträgern für die Mütter gemacht werden können, ist zu sagen, daß sowohl die Richtlinien über die Mutterschaftsvorsorge als auch die Richtlinien über Früherkennungsuntersuchungen für Kinder mit den dazugehörenden Mütterpässen und Untersuchungsheften vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen fortlaufend sowohl unter medizinischen als auch unter technisch-organisatorischen Gesichtspunkten weiterentwickelt worden sind.

   Die Mutterschaftsrichtlinien wurden zuletzt in der Fassung vom 16. Dezember 1974 erheblich ausgebaut, insbesondere im Hinblick auf die Überwachung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Diese Aspekte haben in der neuen Gestaltung der Mütterpässe entsprechende Berücksichtigung gefunden.

   Die Richtlinien für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen wurden letztmals am 26. April 1976 neu gefaßt und erweitert. Mit ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 1977 wurde den Eltern ein neugestaltetes Untersuchungsheft zur Verfügung gestellt, das für die Erziehungsberechtigten wichtige in übersichtlicher Form dargestellte Hinweise über die einzelnen Untersuchungstermine und die grundsätzliche Bedeutung der Untersuchungen enthält. Tabellen über Größe, Gewicht und Kopfumfang verdeutlichen den Eltern die Entwicklung ihres Kindes.

   Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen wird sich weiterhin laufend mit der Frage beschäftigen, ob und in welcher Weise eine Verbesserung der Mütterpässe und Untersuchungshefte für Kinder erforderlich ist und ob der Untersuchungs-Katalog für werdende Mütter und Kinder erweitert und ergänzt werden muß.

   Die Frage, wieweit die Ziele der Schwangerenvorsorge und der nachgehenden Fürsorge für Mutter und Kind durch Hausbesuche erreicht werden können, wird in den oben unter 1. b) und c) bezeichneten Forschungsvorhaben, aber auch in zwei weiteren vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Forschungsvorhaben von E. Schmidt, Universitätsklinik Düsseldorf: „Über die Säuglingssterblichkeit im Stadtgebiet von Düsseldorf" (Gesamtbedarf 100 000 DM) und „Erfassung von Risikokindern in Düsseldorf" (Ergänzungsförderung 20 000 DM,

Abschluß Ende 1977) angesprochen. Dabei konnte in jedem Fall die Bedeutung des Hausbesuches für die Vor- und Nachsorge festgestellt werden.

Zu der Frage, wieweit unerwünschte Schwangerschaften durch verbesserte Methoden der Gesundheitserziehung vermieden werden können, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Broschüre „Ein Kind hat ein Recht erwünscht zu sein" erarbeitet.

Der Forderung, Informationsschriften volkstümlicher und allgemeinverständlich zu halten, hat die BZgA, aber auch andere Stellen, die sich für die gesundheitliche Aufklärung verantwortlich fühlen, durch die Ausgabe neuer und die Überarbeitung alter bewährter Informationsschriften wie „Unser Kind soll gesund sein", „Jede werdende Mutter hat ein Recht auf Hilfen", „Ärztlicher Ratgeber für werdende und junge Mütter", „Das Baby" u. a. Rechnung getragen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Zusammenarbeit der Landeszentralen für Gesundheitserziehung e. V. und der Jugendämter bei der Versendung von „Elternbriefen" zu erwähnen, die ab dem 1. Lebensmonat in regelmäßigen Zeitabständen den Eltern bei ihrem erstgeborenen Kind zugeleitet werden.

Zu der Frage, wieweit die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch die Verknüpfung mit wirtschaftlichen Zuwendungen verbessert werden kann, ist festzustellen, daß nach § 198 RVO in der Fassung des KVKG die Versicherte den Pauschbetrag von 100 DM nur dann erhält, wenn sie die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen in Anspruch genommen hat. Mit dieser Regelung soll nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers der noch immer hohen Säuglings- und Müttersterblichkeit entgegengewirkt werden.

Hinsichtlich der Forderung nach Verkürzung der Wartezeiten in den ärztlichen Sprechstunden ist hier bekannt geworden, daß die Ärzte, die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen durchführen, durch die Einrichtungen von Spezialsprechstunden nur für Schwangere bemüht sind, ihr zu entsprechen.

Zur Frage, wieweit die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und klinischer Betreuung der Schwangeren verbessert werden kann, ist zu sagen, daß diesem Anliegen bei der letzten Anpassung der Mutterschaftsrichtlinien in der Fassung vom 16. Dezember 1974 durch Bestimmungen zur besonderen Überwachung von Risikoschwangerschaften Rechnung getragen worden ist. Danach soll der betreuende Arzt die Schwangere bei der Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, daß die Klinik über die nötigen personellen und apparativen

Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt. Er soll ferner die Risikoschwangere rechtzeitig, spätestens vier Wochen vor der zu erwartenden Geburt, in der Entbindungsklinik vorstellen, damit diese die erhobenen Befunde so früh wie möglich vorliegen hat.

b) Die Ärzteschaft – aber auch die Hebammen – werden laufend durch einschlägige Publikationen (Ärztliche Praxis, Münchner Medizinische Wochenschrift, Monatsschrift für Kinderheilkunde, Deutsche Hebammenzeitschrift u.v.a.m.) und auf Kongressen über die Problematik der hohen Mütter- und Säuglingssterbeziffern informiert. So hat sich der Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens auf seinem diesjährigen Kongreß in Bad Dürkheim ausführlich mit Fragen der Säuglingssterblichkeit, der Früherkennung angeborener Stoffwechselstörungen und der genetischen Beratung befaßt. Auch die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde wird im Rahmen ihres diesjährigen Kongresses am 12. September 1977 in Kiel unter internationaler Beteiligung in einer Podiumsdiskussion, die ebenfalls vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit gefördert wird, zum Thema „Prävention in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Säuglingsalter" Stellung nehmen. Eine Aktualisierung der „Meldungen über Todesursachen der Gestorbenen und erkennbare Fehlbildungen bei Geborenen", die 1975 an alle Ärzte verteilt wurde, ist vom Statistischen Bundesamt vorgesehen.

c) Die Anpassung einer besseren Vergleichbarkeit der Mütter- und Säuglingssterbeziffern entgegenstehender rechtlicher Bestimmung wird von seiten der Bundesregierung vorbereitet.

Nach Vorlage und Auswertung der Ergebnisse der genannten Aktivitäten wird geprüft werden, wie die gewonnenen Erkenntnisse umgesetzt werden können.

10. Ist die Bundesregierung der Meinung, daß durch eine Verlängerung der Schutzfristen nach dem Mütterschutzgesetz die Säuglings- und Müttersterblichkeit verringert werden kann?

Die Bundesregierung hält an ihrer Auffassung fest, die sie in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der Abgeordneten Rollmann u. a. (Drucksache 7/3340) vom 10. März 1975 vertreten hat.